

RLISS du Sud-Est

Parvenir à un meilleur état de santé

Rapport annuel 2008-2009



Ontario

Réseau local d'intégration
des services de santé

Message de la présidente et du chef de la direction.....	3
Membres du conseil d'administration.....	4
Introduction.....	5
L'entente de responsabilisation entre le ministère et le RIJSS (ERMR).....	7
Qu'est-ce qu'une ERMR?.....	7
Les indicateurs de rendement de l'ERMR.....	7
Indicateur de rendement n° 2 : 90 ^e percentile du temps d'attente pour pontage cardiaque.....	8
Indicateur de rendement n° 10 : 90 ^e percentile des jours de prestation d'autre niveau de soins (ANS).....	8
Les ententes de responsabilisation en matière de services.....	8
Le plan d'intégration des services de santé du RIJSS du Sud-Est.....	9
La mise en œuvre du plan d'intégration des services de santé.....	9
Les activités de participation communautaire	12
Les initiatives francophones	13
Les initiatives autochtones.....	13
Les activités d'intégration.....	13
Les initiatives du RIJSS pour réaliser les priorités du gouvernement.....	14
Les initiatives de réduction des temps d'attente dans les SLU.....	14
L'amélioration de la situation de l'autre niveau de soins (ANS).....	15
Les initiatives de la cybersanté.....	16
Analyse de la performance opérationnelle du RIJSS du Sud-Est.....	17
Financement des activités.....	17
Les ressources humaines.....	17
La rémunération des membres du conseil.....	17
Rapport des vérificateurs	18
Etat de la situation financière.....	19
Etat des activités financières pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.....	20
Etat de la variation de la dette nette pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.....	21
Etat des flux de trésorerie pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.....	22
Notes complémentaires.....	23

Message de la présidente et du chef de la direction

Parvenir à un meilleur état de santé, le thème du rapport annuel de 2008-2009, dépeint parfaitement ce qui motive le RIJSS du Sud-Est dans ses tâches de planification quotidienne, de financement et de responsabilisation du système de santé. À titre de dirigeants du système de santé régional, nous sommes personnellement responsables de veiller à ce que nos résidents bénéficient de services de santé rapides et de qualité, non seulement dans le présent, mais également dans l'avenir.

Pour atteindre cet objectif, les patients, les clients, les résidents, les fournisseurs de services de santé, les communautés et les familles doivent tous travailler ensemble. Nous sommes des contribuables, ce qui signifie que nous finançons le fonctionnement du système. À titre d'organisme de financement des soins de santé, nous avons le devoir de rendre des comptes quant aux dépenses entreprises pour dispenser des soins efficaces, rentables et de grande qualité. En tant que patients, nous devons participer en utilisant judicieusement les services et en adoptant des modes de vie sains. Ensemble nous pouvons parvenir à un meilleur état de santé dans notre région.

L'an passé, nous avons passé des milliers d'heures à discuter de la santé avec des résidents, de ce qu'ils aiment, ce qu'ils voudraient changer, de la manière dont certains organismes ou services pourraient travailler ensemble pour améliorer le service aux patients. Nous avons également débattu avec de nombreuses personnes et de nombreux organismes de la meilleure façon de combattre l'augmentation constante des coûts des soins. Si ces conversations dérangent parfois, elles sont d'une importance extrême. Le travail que nous réalisons aujourd'hui vise à s'attaquer à des situations difficiles. Nous allons radicalement changer le mode de prestation des soins dans le Sud-Est. La santé est un domaine qui suscite des réactions émotives. Non seulement nous le savons, mais nous savons également que les débats animés que nous avons aujourd'hui sont indispensables à la réussite.

Notre thème, *Parvenir à un meilleur état de santé*, traduit également la vision formulée par un groupe de résidents choisis au hasard dans le RIJSS du Sud-Est au début de 2008. Puisque le RIJSS est chargé de planifier et de répartir les fonds publics pour la prestation de services, nous voulons que la vision du système de santé régional représente les pensées et les idées des contribuables et des utilisateurs. Ces citoyens ont su lui donner un sens.

Notre vision

Parvenir à un meilleur état de santé grâce à des soins proactifs, intégrés et réceptifs dispensés en partenariat avec une communauté éclairée

Nous vous recommandons de lire ce rapport, de consulter notre site Web et de participer encore plus souvent aux conversations sur la santé qui ont lieu dans le Sud-Est. D'importantes initiatives ont été lancées dans notre RIJSS grâce au dévouement des nombreuses personnes compétentes qui dispensent et dirigent nos services de santé. Quelques secteurs prioritaires sont ciblés par nos interventions, comme les problèmes rencontrés par les hôpitaux de soins de courte durée submergés par les patients ne pouvant être libérés en l'absence d'autres services disponibles, les méthodes utilisées pour réduire les temps d'attente dans les salles des urgences et les tâches réalisées pour permettre l'accès électronique aux dossiers médicaux et améliorer l'accès aux soins primaires.

L'an passé a vu s'accomplir un immense travail : le renouvellement de notre système de santé a bel et bien commencé. Nous sommes persuadés qu'en travaillant ensemble (nous, c'est-à-dire les planificateurs, les fournisseurs, les contribuables et les bénéficiaires du système de santé), nous concrétiserons notre vision. Nous vous remercions de votre soutien et votre intérêt soutenus envers notre travail. Le système de santé du Sud-Est doit combler les besoins de chacun en dispensant des soins de qualité avec les ressources qui sont à sa disposition.



Georgina Thompson
Présidente



Paul Huras
Chef de la direction

Membres du conseil d'administration



Georgina

Tom

Leslie

John F

John G

Gaye

Wynn

Marg

Georgina Thompson
Présidente

Durée du mandat : 1^{er} juin 2005 au 31 mai 2008
Reconduction : 9 juin 2008 au 8 juin 2011

Thomas Rankin
Vice-président

Durée du mandat : 17 mai 2006 au 16 juin 2007
Reconduction : 17 juin 2007 au 16 juin 2010

Leslie Benecki

Durée du mandat : 8 octobre 2008 au 10 juillet 2011

John Ferguson

Durée du mandat : 20 juin 2007 au 19 juin 2008
Reconduction : 20 juin 2008 au 19 juin 2011

John Groves

Durée du mandat : 5 janvier 2006 au 5 janvier 2008
Reconduction : 8 avril 2009 au 7 avril 2010

Gaye McGinn

Durée du mandat : 5 janvier 2006 au 4 février 2007
Reconduction : 24 janvier 2007 au 5 février 2010

Wynn Turner

Durée du mandat : 1^{er} octobre 2008 au 30 novembre 2009

Margaret Werkhoven

Durée du mandat : 17 mai 2006 au 16 juin 2007
Reconduction : 17 juin 2007 au 17 juin 2010

Kenneth Alan McBain

Durée du mandat : 17 mai 2006 au 16 mai 2008
Reconduction : 17 mai 2008 Démission : 28 juillet 2008

La structure de gouvernance des RIJSS est régie par la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. Les RIJSS sont des organismes de la Couronne créés par le gouvernement de l'Ontario. À ce titre, ils sont administrés par un conseil dont les membres sont nommés par le gouvernement provincial.

Le conseil de chaque RIJSS est composé d'un maximum de neuf membres nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. Les administrateurs siègent pendant une période pouvant aller jusqu'à trois ans et peuvent être reconduits pour un mandat. Le lieutenant-gouverneur en conseil a la responsabilité de nommer le président et au moins un vice-président parmi les membres.

Le conseil est chargé d'administrer le RIJSS. Il doit rendre au ministre des comptes sur le système local de la santé. Vous trouverez des détails sur le conseil d'administration et les comités sur le site Web RIJSS du Sud-Est à www.southeastlin.on.ca.

Introduction



Le RLISS du Sud-Est est l'un des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé créés par le gouvernement de l'Ontario pour planifier, coordonner, intégrer et financer les services de santé en fonction des besoins locaux. Les hôpitaux, les maisons de soins de longue durée, les centres d'accès aux soins communautaires, les services communautaires de soutien, les services communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie et les centres de santé communautaire relèvent tous du RLISS.

La région du Sud-Est est vaste. Elle englobe des communautés se trouvant au nord et au sud de la route 401 allant de Brighton à Cardinal, au nord vers Perth et Bancroft, et au sud vers le lac Ontario et la frontière américaine. Relativement restreinte (486 000 habitants),¹ notre population est répartie dans toute la région. Plus de 50 % des résidents vivent dans des centres urbains éparpillés le long de l'autoroute 401. Le reste de la population est disséminé dans de petites communautés rurales du RLISS.

Près de 85 000 résidents sont des personnes âgées, et les analyses démographiques indiquent que leur nombre va en augmentant. Le pourcentage de personnes âgées restera le plus élevé de toute la province pendant la prochaine décennie.

Caractéristiques du recensement

	RLISS du SE	RLISS du Sud-Ouest
Aucun certificat, grade ou diplôme (25 ans et +)	20,0 %	18,7 %
Études postsecondaires terminées (25 ans et +)	53,4 %	56,8 %
Taux de chômage (15 ans et +)	6,2 %	6,4 %
Taux d'activité de la main-d'œuvre (15 ans et +)	62,4 %	67,1 %
Taux de population à faible revenu	11,9 %	14,7 %
Anglais langue maternelle	91,5 %	69,8 %
Français langue maternelle	2,7 %	4,4 %
Immigrants	9,3 %	28,3 %
Nouveaux immigrants (5 ans)	0,8 %	4,8 %
Minorités visibles	3,3 %	22,8 %
Appartenance à un groupe autochtone	2,8 %	2,0 %

Population

Année	Chiffre de la population		% de la population totale	
	RLISS du SE	RLISS du Sud-Ouest	RLISS du SE	Ontario
Total de la population				
2006	482 078	12 705 344		
2009	486 101	13 050 754		
2011	492 452	13 349 125		
2016	510 626	14 149 965		
65 ans et +				
2006	80 630	1 649 293	16,7 %	13,0 %
2009	86 097	1 770 571	17,7 %	13,6 %
2011	90 168	1 864 941	18,3 %	14,0 %
2016	105 224	2 214 279	20,6 %	15,6 %
75 ans et +				
2006	37 269	781 257	7,7 %	6,1 %
2009	38 990	837 672	8,0 %	6,4 %
2011	40 324	871 594	8,2 %	6,5 %
2016	44 307	959 871	8,7 %	6,8 %
85 ans et +				
2006	9 648	192 104	2,0 %	1,5 %
2009	10 718	228 156	2,2 %	1,7 %
2011	11 302	249 961	2,3 %	1,9 %
2016	12 494	294 008	2,4 %	2,1 %



¹ Prévisions démographiques, 2009. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Base de données de la planification des services de santé provinciaux.

L'entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS (ERMR)

Qu'est-ce qu'une ERMR?

L'Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS définit de manière précise la nature de la relation entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et le RLISS du Sud-Est en ce qui concerne la prestation de programmes et de services de soins de santé à l'échelon local. Elle établit une entente mutuelle entre le ministère et le RLISS et détaille les indicateurs de rendement de chacun dans une période définie.

Les indicateurs de rendement de l'ERMR

Indicateur de rendement de l'ERMR	Point de départ du RLISS pour 2008-2009	Objectif du RLISS pour 2008-2009	Trimestre le plus récent de 2008-2009*	Résultats annuels**	Objectif atteint par le RLISS OUI/NON
90 ^e percentile du temps d'attente pour chirurgie du cancer	63 jours	58	58	63	OUI
90 ^e percentile du temps d'attente pour pontage cardiaque	85 jours	43	99	78	NON
90 ^e percentile du temps d'attente pour chirurgie de la cataracte	135 jours	135	104	117	OUI
90 ^e percentile du temps d'attente pour remplacement de la hanche	282 jours	227	147	187	OUI
90 ^e percentile du temps d'attente pour remplacement du genou	369 jours	300	144	222	OUI
90 ^e percentile du temps d'attente pour diagnostic d'IRM	207 jours	96	112	116	OUI
90 ^e percentile du temps d'attente pour tomographie diagnostique	41 jours	34	42	48	OUI
Taux d'hospitalisation pour des problèmes de santé de nature ambulatoire (taux de l'objectif / 100 000)	379	379	358	318	OUI
Temps d'attente médian pour placement en maison de soins de longue durée – tous placements	126 jours	123	180	142	OUI
Pourcentage de jours de prestation d'autre niveau de soins	17,1 %	14,1 %	18,64 %	17,4 %	NON
Taux de cas aux services des urgences pouvant être traités ailleurs	54,9	54,4	61,8	51,2	OUI
Taux de réadmission pour infarctus aigu du myocarde (objectif en %)	4,01 %	3,80 %	3,77 %	3,93 %	OUI

Remarque :

* Indicateurs de rendement 1 à 7 = T4 de 2008-2009; et 8 à 12 = T3 de 2008-2009

** Les indicateurs de rendement 8 à 12 (dans la colonne Résultats annuels) n'incluent que la moyenne des trimestres 1 à 3.

À la fin de 2008-2009, le RLSS du Sud-Est avait atteint tous les objectifs de rendement détaillés dans l'ERM, sauf deux. Voici une description de ces deux objectifs et une explication de l'écart :

Indicateur de rendement n° 2 : 90^e percentile du temps d'attente pour pontage cardiaque

Depuis la modification de la nouvelle base de données des temps d'attente par l'intermédiaire du système d'information sur les temps d'attente, on a découvert des problèmes concernant l'entrée de données dans les hôpitaux. On ignore si ces chiffres traduisent l'activité réelle. Pour régler le problème, il est désormais impossible d'entrer dans le système sous le statut « en attente » les patients qui attendent d'autres examens avant la chirurgie cardiaque. Ce changement a amélioré la qualité des mesures du rendement à l'échelon local. À la suite de discussions avec des membres de l'hôpital général de Kingston, le RLSS du Sud-Est a reçu des prévisions actualisées sur le nombre prévu d'interventions cardiaques jusqu'au 31 mars 2009. Elles montrent une augmentation de l'activité visant à accélérer le débit des patients et à mettre fin à l'augmentation des temps d'attente. Cette mesure devrait réduire les temps d'attentes pour le pontage cardiaque au cours du premier trimestre de 2009-2010.

Indicateur de rendement n° 10 : 90^e percentile des jours de prestation d'autre niveau de soins (ANS)

Au cours de la première moitié de 2008-2009, les hôpitaux du RLSS ont noté une augmentation des patients d'ANS et de la pression associée. Au milieu du mois de septembre, le RLSS a lancé une initiative avec des intervenants multiples pour s'attaquer en force aux problèmes systémiques inhérents à l'autre niveau de soins. Un groupe de travail stratégique sur l'ANS et des comités de mise en œuvre ont été créés pour rechercher des solutions à long terme aux pressions découlant de l'ANS. Ce groupe était chargé d'examiner la définition et la dénomination des patients d'ANS, d'évaluer l'efficacité et les conséquences du classement dans la catégorie prioritaire IA, ainsi que la stratégie visant à souligner et à combattre la tendance excessive à faire entrer les personnes âgées en perte d'autonomie dans la catégorie de l'ANS. Dans un premier temps, ces actions ont contribué à réduire le nombre de patients d'ANS, nombre qui est reparti à la hausse à la fin de l'année.

Les autres actions concernant l'ANS sont détaillées à la page 12.

Les ententes de responsabilisation en matière de services

Les RLSS sont tenus de négocier et de superviser des ententes de responsabilisation en matière de services (ERS) avec chacun des fournisseurs de services de santé qu'ils subventionnent.² Ces ententes établissent les exigences de service, le volume de patients et les objectifs de rendement. Les RLSS collaborent avec tous leurs fournisseurs de services de santé pour établir et utiliser des mesures appropriées aux services régis par l'entente. Jusqu'à présent, les ententes de responsabilisation en matière de services forment la base du cadre de financement et de planification sur plusieurs années du système local de santé. Elles permettent une plus grande stabilité financière pour les fournisseurs, qui peuvent alors planifier les services en fonction des besoins de la communauté.

Les RLSS et les hôpitaux ont signé leur première entente en 2008. En mars 2009, les toutes premières ententes de responsabilisation en matière de services visant les fournisseurs de services communautaires (centres de santé communautaire, centre d'accès aux soins communautaires, organismes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie et services de soutien communautaire) ont été signées.

Conformément à leur ERS et aux lois provinciales, les conseils d'administration des fournisseurs de services de santé sont tenus d'organiser et de poursuivre de vastes activités de participation communautaire adaptées à l'élaboration de leurs plans, particulièrement lorsqu'ils envisagent de modifier les services proposés. Les fournisseurs sont également tenus de recenser et d'évaluer les avantages éventuels des débouchés d'intégration au sein de leur organisme et avec les autres fournisseurs. Il s'agit de trouver plus rapidement de meilleurs moyens de fournir des services de santé. L'amélioration des services peut consister en leur expansion. Elle peut également entraîner la réduction de services par un fournisseur, parce qu'ils sont devenus inutiles ou parce qu'un autre fournisseur est mieux placé pour les dispenser à la communauté.

² Conformément au troisième paragraphe du règlement de l'Ontario 279/07, chaque maison de soins de longue durée doit signer une entente de responsabilisation en matière de services avec son RLSS d'ici le 1er avril 2010.

Le plan d'intégration des services de santé du RLSS du Sud-Est

En novembre 2006, le RLSS du Sud-Est publiait son premier plan d'intégration des services de santé à la suite de recherches exhaustives et de nombreuses discussions avec les fournisseurs de services de santé et le public en son ensemble. Le plan d'intégration des services de santé, qui porte sur une période de trois ans, donne un premier aperçu du type de changement dont nos services de santé ont besoin. Il détaille la vision du RLSS, ses priorités et ses stratégies pour renforcer la prestation des soins en améliorant l'intégration entre les services et les secteurs de la santé.

Le bilan de santé de la population du Sud-Est, l'utilisation que nous faisons des services de santé, la capacité de nos fournisseurs de services de santé et les activités de participation communautaire entreprises ont convaincu les planificateurs du Sud-Est que, de manière générale, le système local de santé fonctionne bien. Cependant, nous avons répertorié plusieurs priorités de changement visant à ce que le système réagisse de manière plus rapide et globale aux besoins de services exprimés par la population.

Ces priorités de changement sont :

- l'accès aux :
 - i. soins de santé primaires;
 - ii. soins médicaux spécialisés;
 - iii. services de santé mentale;
 - iv. services de lutte contre la toxicomanie;
 - v. services de réadaptation;
 - vi. services de transport aller-retour pour les soins;
- la disponibilité des services de soins de longue durée (pas seulement plus l'ajout de lits de soins de longue durée);
- l'intégration des services dans tout le continuum des soins afin qu'il soit plus facile pour les patients et les travailleurs de la santé de se déplacer entre les services et les organismes;
- le travail auprès des communautés autochtones;
- l'accès aux services en français;
- la création de dossiers de santé électroniques;
- la conception d'un plan sur les ressources humaines.

La mise en œuvre du plan d'intégration des services de santé

Les soins de santé primaires : Le RLSS a travaillé en étroite collaboration avec le ministère pour créer et financer les sites de Smiths Falls, Napanee, Belleville et Quinte Ouest du centre de santé communautaire. Ces sites doivent améliorer l'égalité d'accès aux services de soins de santé primaire, aider les résidents à être plus responsables de leur propre santé et consolider le rôle de la communauté dans la prestation des services de santé. Ce modèle coordonné de services de soins de santé primaire fait une utilisation appropriée et efficace des fournisseurs de services de santé et des ressources en santé, en optant pour une approche de gestion englobant les patients, en faisant la promotion de modes de vie sains pour garder la santé et éviter la maladie. Les sites de Smiths Falls et de Napanee ont ouvert en 2008-2009. La planification se poursuit pour Belleville et Quinte Ouest.

Le RLSS est également fier d'avoir joué en février dernier un rôle dans le lancement du registre ontarien des patients Accès Soins. Ce registre aide à trouver des omnipraticiens pour les résidents. L'idée de ce projet est née d'une discussion ayant eu lieu en 2007 lors d'une réunion entre les représentants du RLSS, la docteure Jeanette Dietrich de la Sydenham Medical Clinic et ses collègues de l'organisme de services de santé familiaux qui dispensent également des soins à Verona, Tamworth, Newburgh et Sharbot Lake. L'idée a essaimé dans toute la province.



Paul Huras, chef de la direction du RLSS, le docteur Jonathan Kerr, le ministre David Caplan, la docteure Jeanette Dietrich et Adrienne Harris-Hale consultent le site Web Health Options.

Les soins médicaux spécialisés : Un groupe de travail constitué de médecins et de représentants des hôpitaux spécialisés dans les services chirurgicaux contribue à la réalisation du programme de services chirurgicaux régionaux (Regional Surgical Services). Une procédure normalisée d'orientation par voie électronique sera lancée dans le cadre du projet d'amélioration de la qualité de l'orientation (Referral Quality Improvement). Par conséquent, les omnipraticiens et les chirurgiens spécialisés seront en mesure de consulter des données d'orientation en ligne, des liaisons de données et des informations stockées et gérées dans un serveur Web central et sécurisé. Au début, l'accès sera limité aux omnipraticiens et aux spécialistes faisant partie de la liste chirurgicale régionale du RIJSS du Sud-Est. On continuera à surveiller la pertinence de l'orientation donnée par les spécialistes pour savoir s'il est utile de poursuivre l'évaluation dans un centre d'évaluation régional. Il s'agit de vérifier si le praticien qui donne l'orientation (le bureau de l'omnipraticien) le fait de manière appropriée et gère bien le patient.

La création d'un réseau régional de soins intensifs est également en cours dans le Sud-Est. Sous la direction de son chef des soins intensifs, le docteur John Muscadere, le RIJSS envisage d'intégrer ses principales unités de soins intensifs dans la région et d'étudier leur fonctionnement en réseau. Le Sud-Est possède actuellement 102 lits en soins intensifs, dont 28 fournissent le niveau le plus élevé qui soit.



Le docteur Bernard Lawless, responsable provincial des services des soins intensifs et de traumatologie, (assis, deuxième à partir de la gauche) et le docteur John Muscadere, chef des soins intensifs du RIJSS (dernière rangée, deuxième à partir de la droite) avec plusieurs chefs des soins intensifs de tout le Sud-Est.

Onze unités de soins intensifs sont réparties dans cinq des sept hôpitaux de la région. Il faut savoir que chacune de ces unités fournit différents niveaux de services. Il s'agit d'envisager les services de soins intensifs comme une ressource régionale. Les unités se trouveraient chacune dans un grand hôpital fournissant différents niveaux de soins intensifs et les patients passeraient d'une unité à l'autre en fonction de leurs besoins et des compétences du réseau, et non uniquement du site, à leur dispenser les meilleurs soins qui soient.

Les services de santé mentale : Le programme d'initiatives pour les consommateurs et les ex-consommateurs a été renforcé et stabilisé avec l'intégration des services dans tout le Sud-Est. Aujourd'hui, tous les clients, où qu'ils vivent, disposent du même choix de services.

Frontenac Community Mental Health (CMH) Services a également participé à une initiative visant la sélection, l'élaboration et l'évaluation d'une méthode commune d'évaluation du client en Ontario. Le programme d'évaluation de la communauté CIM aide à la prise de décision dirigée par le client à l'échelon individuel. Il répertorie tous les besoins personnels et les associe à des services existants. Il met également à jour les lacunes de service. En outre, il favorise la communication entre les organismes selon les normes de données communes.

À Brockville, cinq organismes de santé mentale se sont associés pour améliorer la coordination des soins, les communications inter-organismes et l'efficacité tant du côté des admissions que du côté administratif. Les organismes partenaires sont Leeds-Grenville Counseling and Rehabilitation Services, l'Association canadienne pour la santé mentale, Brockville Mental Health Centre (programmes pour patients externes et de gestion des crises), les équipes de traitement communautaire dynamique et Consumer Survivor Services and Treatment Orders.

Le transport : De nombreuses personnes ont participé à l'élaboration d'une stratégie régionale de transport : des villes de premier plan et leurs services d'urgence, le ministère, le centre d'accès aux soins communautaires, des fournisseurs de services de santé qui fournissent le transport, les principaux organismes du RIJSS qui reçoivent des patients et les organismes autres que les fournisseurs gouvernementaux ou du RIJSS qui fournissent des services de transport (comme la Société canadienne du cancer).



Voici les actions qui seront entreprises :

- Le projet de distribution de fourgonnettes annoncé durant l'été de 2008 a commencé à l'essai l'automne suivant dans la région. Ces véhicules serviront à transporter des personnes vers divers services de santé de la région et à les ramener chez elles. La distribution définitive aura lieu en 2009-2010 en fonction des résultats obtenus.
- Deux groupes de travail permanents ont été créés pour planifier l'amélioration du service. Le premier est le groupe de travail sur le transport non urgent (simples transferts). Le second vise le transport d'urgence fourni par des ambulanciers paramédicaux des services médicaux d'urgence.

Les ressources humaines en santé : En octobre 2008, un membre de l'agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario s'est joint au personnel administratif du RIJSS, renforçant du même coup la relation entre les deux organismes et faisant progresser l'élaboration d'un plan exhaustif sur les ressources humaines pour la région. Ce plan prévoit des stratégies pour l'éducation, le recrutement et la conservation de professionnels de la santé dans tout le Sud-Est. Un travail important est également en cours pour assurer que les compétences de nos professionnels de la santé soient utilisées à leur plein potentiel.

Les activités de participation communautaire

Non seulement le RIJSS est chargé de planifier et d'améliorer l'intégration entre les fournisseurs de services de santé, mais il doit également faire participer les organismes ne faisant pas partie du système de santé, ainsi que le grand public. Cette mission nécessite un changement radical des relations entre les administrateurs de la santé, les fournisseurs, les patients et le public. Le RIJSS du Sud-Est a tout mis en œuvre pour favoriser la participation communautaire, et pour que cette importante démarche qui concerne tout un chacun devienne l'un des moteurs de la réforme du système de santé. Tous les fournisseurs de services de santé ont également appris qu'ils doivent écouter les patients et le public.

Au début de 2008, le RIJSS du Sud-Est a lancé une activité de participation visant à formuler un énoncé de vision fort qui soutient la conception et la prestation des services de santé dans la région. Il faisait en même temps la démonstration de l'utilité et du pouvoir de la collaboration directe avec les citoyens pour prendre des décisions éclairées concernant leur système de santé.

C'est en 2008, lors d'une assemblée régionale des citoyens sur la santé, que des participants sélectionnés au hasard ont participé à un processus d'apprentissage, de consultation, de délibération et de recommandation de deux jours. Au cours de ces quatre étapes, les participants ont pu se forger une opinion, travailler ensemble et parvenir à une entente commune sur le sens de la participation. Cette assemblée régionale sur la santé est la première du genre au Canada. Elle a fait la lumière sur la volonté du RIJSS de laisser une grande place aux citoyens et a permis d'étendre à l'assemblée réunie la responsabilité de formuler les principes sur lesquels s'appuieront les initiatives futures de l'organisme.

La participation communautaire dans la santé est une démarche assez nouvelle. C'est pourquoi le RIJSS du Sud-Est a été l'un des trois RIJSS à participer au projet intitulé *Engaging with Impact: Targets and indicators for successful community engagement by Ontario's LHINs*. En novembre 2008, un autre groupe de personnes choisies au hasard a été créé pour prendre part à l'atelier des citoyens sur la participation et la santé (Citizens' Workshop on Engagement and Health), afin d'aider le RIJSS à élaborer une série d'objectifs et d'indicateurs permettant de mesurer son rendement. La grille de résultats créée par le groupe sera utilisée lors du débat provincial sur la mesure de la qualité et sur les répercussions des activités de participation communautaire. Il est possible de consulter le rapport final et un résumé en vidéo à http://www.masslbp.com/projects_detail.php/ontario-health-public-engagement.html

En janvier 2009, le RIJSS a officiellement lancé les activités de son programme ENGAGE 2009 prévoyant un atelier de deux jours à Kingston sur les priorités en santé et la planification de l'intégration, destiné aux praticiens, et un groupe de référence des citoyens s'est réuni pendant trois jours en février et mars. Ces activités visaient à inciter les intervenants à donner des idées et des suggestions sur la création du prochain plan d'intégration des services de santé sur trois ans. Les questions qui leur ont été posées concernaient les méthodes pour procéder différemment et travailler ensemble. Ils devaient également réfléchir sur le moyen d'utiliser les ressources inexploitées par le biais de l'intégration. Il est possible de consulter le rapport final et les documents de l'atelier à <http://www.southeastlhin.on.ca/Page.aspx?id=2354>.



Le groupe de référence des citoyens ENGAGE 2009 était constitué de 36 citoyens du RIJSS du Sud-Est tirés au sort. Au cours de l'une des séances, qui a eu lieu pendant trois samedis, les membres du groupe ont organisé une manifestation à l'hôtel de ville pour étendre la participation et inciter le public à prendre part au débat sur la santé. Le groupe a soumis 15 recommandations à l'examen du RIJSS. Il est possible de consulter le rapport final à <http://www.southeastlhin.on.ca/Page.aspx?id=2346>.

La collaboration et la consultation avec les intervenants font partie intégrante de la mission du RIJSS du Sud-Est. En tant que fournisseurs de soins de première ligne, les professionnels de la santé sont des membres essentiels de la communauté et jouent un rôle important dans la réalisation de la vision des soins en Ontario. Le RIJSS du Sud-Est possède un comité consultatif des professionnels de la santé (CCPS) constitué de membres venant de plusieurs professions de la santé. Ce comité multidisciplinaire actif est chargé de conseiller le RIJSS sur plusieurs sujets, notamment l'obtention de la coopération et de la participation de tous les professionnels de la santé dans le renouvellement du système local de santé et la conception du rôle directeur de ces mêmes professionnels dans la prestation de soins intégrés.

Les initiatives francophones

En vue de la désignation officielle de Kingston qui aura lieu le 1^{er} mai 2009 en vertu de la *Loi sur les services en français*, le RI ISS du Sud-Est a entrepris d'importantes activités de planification. Il a organisé des rencontres avec les fournisseurs et les planificateurs afin d'élaborer des plans d'action tournés vers la création de services de santé en français. Tous les fournisseurs concernés ont répertorié les services actuellement dispensés en français et ont défini des stratégies pour l'avenir. Ils s'efforcent actuellement d'obtenir la désignation de fournisseur de services en français. Dans cet objectif, les fournisseurs de services de santé de Kingston étudient des solutions de partage des ressources afin que ceux dont les capacités sont limitées puissent desservir la population. En collaborant, ils pourront réunir des ressources limitées et trouver des stratégies efficaces. La réalisation des actions prévues par les plans se poursuivra en 2009-2010.

Parallèlement, le RI ISS lui-même s'attache à fournir des services de planification et de participation en français et en anglais. Les personnes qui appellent le RI ISS se voient répondre dans les deux langues officielles.

Les initiatives autochtones

Le RI ISS du Sud-Est reconnaît l'importance du rôle des Premières Nations et des peuples autochtones dans la planification et la prestation des services de santé dans leurs communautés. Nous avons également conscience des préoccupations exprimées par certaines communautés autochtones au sujet des répercussions éventuelles du renouvellement et de la régionalisation du système des RI ISS. Nos activités sont axées sur l'amélioration des relations afin de sensibiliser et d'établir la confiance entre le RI ISS et les communautés autochtones. Elles déboucheront sur une relation de travail solide.

En octobre 2008, plusieurs représentants du conseil et du personnel du RI ISS du Sud-Est ont été invités à participer à une séance de sensibilisation aux réalités culturelles avec les Mohawks de la baie de Quinte. En conclusion de cette journée de formation, les groupes ont exprimé leur intérêt à renforcer la relation. Des activités du même genre devraient avoir lieu en 2009 avec le Katarokwi Native Friendship Centre et la Métis Nation of Ontario.

Les activités d'intégration

Le RI ISS du Sud-Est croit que les conseils d'administration des fournisseurs doivent adopter une méthode de gouvernance basée sur l'intégration. En septembre 2008, le RI ISS du Sud-Est et ceux du Centre-Ouest, du Centre-Est, d'Érie-St-Clair, du Centre, l'Ontario Health Providers Alliance et l'Association ontarienne des centres d'accès aux soins communautaires ont publié le guide *IHIN/IISP Governance Resource and Toolkit for Voluntary Integration Initiatives* (ressource et méthodes de gouvernance RI ISS/ISS pour les activités volontaires d'intégration). Ce document aide les conseils d'administration des fournisseurs de services de santé à comprendre les pratiques en évolution du RI ISS, les processus et les attentes découlant de la IISSI. Il permet aux conseils de comprendre leur rôle et leurs responsabilités, de diriger adéquatement leur organisme et d'élaborer des stratégies pour travailler ensemble à des initiatives volontaires d'intégration. Il est possible de le consulter à <http://www.southeastlhin.on.ca/Page.aspx?id=1924>.

En 2008-2009, le RI ISS du Sud-Est a dirigé plusieurs initiatives d'intégration. Toutes les initiatives du RI ISS pour les consommateurs et les ex-consommateurs ont été regroupées sous une seule structure administrative grâce à une approche facilitée. Cette structure unifiée donne la possibilité de normaliser la formation et la conception d'initiatives entre pairs tout en fournissant un choix de services équitable et stable dans la région. Le nouveau programme régional d'initiatives pour les consommateurs et les ex-consommateurs est désormais géré par le Mental Health Support Network du sud-est de l'Ontario.

Pour aider un organisme aux prises avec les obligations comptables, le RI ISS du Sud-Est a favorisé l'intégration volontaire entre Central Frontenac Community Services et Independent Living Centre de Kingston. Cette intégration a amélioré l'efficacité et la responsabilisation des services dispensés aux clients. Cette solution s'est avérée avantageuse pour tout le monde.

Le projet Shared Support Services Southeastern Ontario (SSO) concernant les hôpitaux du RI ISS et le Health Care Network du sud-est de l'Ontario a officiellement été lancé en septembre 2008. Cette société sans capital action et sans but lucratif devra créer une chaîne d'approvisionnement régionale unique qui permettra aux hôpitaux d'économiser. L'argent économisé sera utilisé pour améliorer les soins aux patients et aux clients de première ligne dans toute la région.

Les initiatives du RLSS pour réaliser les priorités du gouvernement

Les initiatives de réduction des temps d'attente dans les SU

Le sujet des volumes et des temps d'attente des salles des urgences (SU) constitue une véritable poudrière dans le système. Deux principaux éléments pourraient contribuer à réduire la pression exercée sur les SU : la réduction du nombre de patients d'ANS et celle de l'utilisation des ressources des SU par des utilisateurs fréquents et des personnes ayant besoin de soins importants, mais non urgents.

Les premiers résultats du système de production de rapports sur les services des urgences (SPRSU) indiquent que les temps d'attente à l'hôpital général de Kingston et au site de Belleville de l'Association des soins de santé de Quinte sont nettement supérieurs à ceux des autres hôpitaux du RLSS. Des programmes novateurs ont été conçus et élaborés dans le Sud-Est pour traiter les problèmes inhérents au système, particulièrement là où les temps d'attente sont les plus longs.

L'Eldercare Access Strategy in Emergency Room (EASHER+, stratégie d'accès aux soins aux personnes âgées dans les salles des urgences) est une démarche entreprise par des organismes de services communautaires (le CASC et d'autres secteurs du soutien communautaire), des représentants administratifs et de première ligne des hôpitaux de Kingston et de Belleville, et du RLSS. Des spécialistes en gériatrie de Providence Care ont donné des conseils éclairés et apporté leur soutien. Le programme a été conçu pour repérer les personnes âgées en perte d'autonomie dès leur arrivée aux SU afin de les évaluer et d'établir un plan de soins personnalisés qui répondra à leurs besoins et leur permettra de retourner chez elles pour de vivre de manière autonome dans leur communauté.

Le programme EASHER+ vise à réduire les visites récurrentes aux SU (ce que l'on appelle les habitués) et à recourir au soutien communautaire adapté afin de réduire les admissions à l'hôpital. Le programme prévoit un volet de formation pour les travailleurs de première ligne et un suivi pour informer l'omnipraticien des visites de son patient aux SU. Certains problèmes de fonctionnement ont été recensés. Ils seront réglés avant la mise en œuvre du programme EASHER+ dans tout le RLSS au cours de l'année à venir.

Le programme de financement axé sur les résultats (FAR) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée vise également à réduire les temps d'attente dans les SU à grand débit. L'hôpital général de Kingston, qui est l'un des 23 hôpitaux ontariens dont le temps d'attente est le plus long, a été invité à participer à ce programme. L'objectif est simple : réduire les temps d'attente dans les SU pour les patients traités pour des programmes graves et pour ceux traités pour des problèmes non graves. Bien qu'il soit possible de prévoir des activités au-delà de l'hôpital et de faire participer des partenaires communautaires ou d'autres hôpitaux, il a été décidé d'utiliser le financement pour rodé le processus et effectuer d'importantes améliorations au sein de l'hôpital. Une zone de surcapacité a été créée pour réduire l'encombrement des SU. Plus de la moitié du service des urgences de l'hôpital général de Kingston a été réaménagé pour améliorer le débit des patients. Au moment même où ces actions étaient entreprises, les temps d'attente au service des urgences étaient devenus encore plus longs qu'au moment où l'hôpital avait été sélectionné pour le programme. Depuis, ils ont considérablement diminué. Ces mesures devraient améliorer la satisfaction des patients quant aux soins reçus aux SU.

Après des recherches, l'hôpital général de Kingston a reconnu devoir modifier les processus et les pratiques utilisés. Alors qu'une importante transformation s'impose dans l'établissement, le financement FAR vise l'amélioration des processus dans tous les services hospitaliers. Les activités du FAR alimentent désormais le débat plus vaste mené dans l'hôpital sur le débit des patients, parallèlement aux activités régionales concernant l'ANS. Il y a là matière non seulement à poursuivre l'amélioration dans l'hôpital, mais à utiliser ces solutions et ces mêmes améliorations dans tout le RLSS.

L'amélioration de la situation de l'autre niveau de soins (ANS)

L'ANS désigne la situation d'un patient ayant reçu des soins de courte durée au cours de son hospitalisation et qui continue à occuper un lit en attendant de recevoir des soins ailleurs. Actuellement, un nombre élevé de lits de soins de courte durée dans le Sud-Est sont occupés par des personnes dont on sait qu'elles pourraient vivre chez elles avec du soutien ou qui doivent recevoir des soins ailleurs, le plus souvent dans une maison de soins de longue durée.

Pour réduire le nombre élevé de patients d'ANS dans nos hôpitaux, le RIJSS du Sud-Est dirige actuellement un projet multisectoriel visant à ce que les personnes âgées reçoivent les soins dont elles ont besoin dans un environnement qui répond à leurs besoins. La situation actuelle doit être corrigée. Les patients ne devraient pas s'éterniser dans des lits d'hôpitaux tandis que leur santé décline, que leur convalescence se prolonge et que leur rétablissement est retardé ou compromis. Un groupe de travail sur le système de la santé axé sur l'action et le changement a été créé en septembre 2008. Il est constitué de membres motivés venant du RIJSS, des hôpitaux, du CAS, d'organismes communautaires et de membres du public. Il adopte une méthode concertée et dynamique pour résoudre la crise de l'ANS. Pour le RIJSS, le nombre élevé de patients de l'ANS est un symptôme de la crise qui touche le système de santé en son ensemble. Il s'agit de changer la culture. La dénomination de l'ANS doit être vue comme un échec à fournir au patient des soins appropriés et comme un échec du système local de santé.

Outre les coûts humains importants pour ces patients, cette situation a de graves conséquences pour le système en son ensemble. Le débit des patients est ralenti. Les patients attendent en SU que des lits se libèrent pour être admis. Des opérations chirurgicales sont annulées. Le transfert de patients vers d'autres hôpitaux est ralenti.

Il a été démontré que les séjours dont la durée dépasse le temps nécessaire pour dispenser les soins appropriés ont des répercussions négatives sur la santé du patient. En outre, les séjours prolongés à l'hôpital sont souvent associés à une réduction des capacités fonctionnelles, à l'augmentation de la dépendance et des besoins en matière de soins, à l'exposition aux infections et aux effets secondaires, à la dépression et aux décès prématurés.

Le RIJSS du Sud-Est répertorie un vaste ensemble de ressources humaines et financières afin d'entreprendre des démarches pour résoudre le problème sans cesse croissant de l'ANS dans nos hôpitaux et nos communautés. Dans le cadre de la stratégie des SU/ANS annoncée par le gouvernement en mai 2008, les initiatives suivantes ont été entreprises dans le Sud-Est :

- Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes en matière d'ANS : fonds de croissance spécial alloué au RIJSS par le MSSLD pour cibler les activités en lien direct avec la stratégie dans le domaine des SU/ANS.
- Renforcement de l'intégration entre les hôpitaux et la communauté.
- Amélioration du débit des patients dans les SU.
- Collecte de l'information sur les SU et établissement de rapports.

En outre, d'autres initiatives complémentaires ont été lancées :

- Programme Seniors Managing Independent Living Easily (SMILE) : programme novateur financé dans le cadre du projet Vieillir chez soi et visant à fournir des services aux personnes âgées en perte d'autonomie qui ont besoin d'aide pour des activités quotidiennes essentielles afin d'éviter le placement prématuré en établissement ou une hospitalisation inutile.
- Projet de concertation pour la transition : réaménagement des activités et des processus hospitaliers pour améliorer le débit de l'entrée des patients (admission et hospitalisation) jusqu'à leur sortie de l'hôpital.
- Programmes de réadaptation interne à l'hôpital pour les personnes âgées en perte d'autonomie visant au maintien de leurs capacités fonctionnelles pendant leur séjour afin qu'ils aient la force, la mobilité et l'autonomie nécessaires pour rentrer chez elles.
- Création de 14 nouveaux lits en soins continus complexes à l'hôpital général du comté de Lennox et Addington.

Les initiatives de la cybersanté

Le bureau régional des projets de cybersanté, qui transmet des rapports au programme de cybersanté, a été créé en octobre 2008 pour gérer la réalisation à l'échelon local des projets dans ce domaine.

En 2008-2009, trois étapes importantes ont été franchies. Nous sommes sur le point de lancer le dossier de santé électronique, ce qui va améliorer la qualité et la sécurité des soins dispensés à nos résidents. En février dernier, des représentants de l'hôpital général de Brockville, d'un centre de santé communautaire de la région et des équipes de santé familiale des communautés avoisinantes de Brockville, Portland, Athens et Gananoque ont amorcé un projet de formation en amélioration continue pour améliorer leurs flux de travail et leur permettre de travailler ensemble de manière plus judicieuse. Parallèlement, deux autres projets ont été entrepris, consistant à utiliser xWave pour relier les réseaux de soins aux patients entre les médecins et les hôpitaux de soins de courte durée des régions de Kingston et du comté de Prince Edward.

Tandis que le RIJSS du Sud-Est s'apprête à déployer la stratégie provinciale de lutte contre le diabète et le programme sur la cybersanté en 2009-2010, nous nous concentrons sur les domaines suivants :

- Révision des rôles et des processus à l'échelon local, plus particulièrement débat sur les conséquences d'un réseau des maladies chroniques orienté sur les soins primaires sur le rôle des hôpitaux, des organismes communautaires, du CASC et des autres fournisseurs.
- Création ultérieure d'actions appropriées et de comités consultatifs constitués de cliniciens, de professionnels des TI et de gestionnaires de l'administration pour mettre la stratégie en œuvre de manière adaptée.
- Création de sites pilotes pour le registre des cas de diabète.

Analyse de la performance opérationnelle du RLISS du Sud-Est

Financement des activités

En 2008-2009, le budget d'exploitation du RLISS du Sud-Est s'élevait à 4 619 185 \$. À la fin de l'exercice financier, son budget était équilibré. Parallèlement, le MSSLD a alloué une somme de 622 750 \$ en financement supplémentaire accessoire destiné au mandat du RLISS et aux priorités du ministère. Les fonds ont servi à financer diverses initiatives comme la cybersanté, la santé des Autochtones (à l'échelon provincial et fédéral), les services des urgences, les SU/ANS et le projet visant à porter à 70 % la proportion du personnel infirmier à temps plein.

Les ressources humaines

La structure organisationnelle du RLISS du Sud-Est prévoit 25 équivalents temps plein. Au cours de l'exercice financier 2008-2009, le personnel du RLISS comptait 23 équivalents temps plein (24 employés).

La rémunération des membres du conseil

Sur neuf postes, une moyenne de sept ont été comblés pendant l'exercice financier, ce qui donne un coût total de 149 042 \$ par membre pour les indemnités quotidiennes au cours de l'exercice financier 2008-2009.

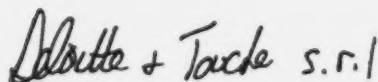
Rapport des vérificateurs

Aux membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

Nous avons vérifié l'état de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est (le « RLISS ») au 31 mars 2009 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction du RLISS. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À notre avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est au 31 mars 2009 ainsi que des résultats de son exploitation, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.



Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 1^{er} mai 2009

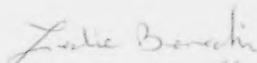
Etat de la situation financière

	2009	2008
	\$	\$
Actifs financiers		
Trésorerie	1 011 618	1 130 024
Débiteurs	1 788	38
	1 013 406	1 130 062
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	1 016 982	685 804
Montant à verser au Ministère (note 3a)	-	438 410
Montant à verser au Ministère – services de cybersanté (note 3a)	-	31 529
Montant à verser au Ministère – stratégie Vieillir chez soi (note 3a)	4 925	10 977
Montant à verser au Ministère – service des urgences (note 3a)	670	7 968
Montant à verser au Ministère – Projet Urgences – ANS (note 3a)	300	-
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 5)	16 697	1 869
Apports de capital reportés (note 6)	292 545	112 047
	1 332 119	1 288 604
Dette nette	(318 713)	(158 542)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	26 168	46 495
Immobilisations (note 7)	292 545	112 047
	318 713	158 542
Surplus accumulé	-	-

Approuvé par le conseil



Georgina Thompson, présidente du conseil d'administration



Leslie Benecki, administratrice et présidente du comité de vérification

Etat des activités financières pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

	2009		2008
	Budget (non vérifié) (note 8)	Réel	Réel
	\$	\$	\$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs			
de services de santé (notes 8 et 9)	852 794 483	905 077 193	865 290 124
Activités du RLIS (notes 8 et 10)	3 788 656	4 384 082	3 869 156
Services de cybersanté (note 4a)	425 000	425 000	275 000
Service des urgences (note 4b)	75 000	75 000	43 800
Initiative autochtone (note 4c)	15 000	15 000	-
Fonds de transition pour la santé des Autochtones (note 4d)	24 450	24 450	-
Projet Urgences – ANS (note 4e)	33 300	33 300	-
Projet 70 % d'infirmières à temps plein (note 4f)	50 000	50 000	-
Stratégie Vieillir chez soi	-	-	182 000
Autres produits	-	-	831
Amortissement des apports de capital reportés (notes 2 et 6)	-	54 605	58 447
	857 205 889	910 138 630	869 719 358
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs			
de services de santé (notes 8 et 9)	852 794 483	905 077 193	865 290 124
Frais généraux et administratifs (note 10)	3 788 656	4 438 687	3 928 434
Services de cybersanté (note 4a)	425 000	425 000	268 689
Service des urgences (note 4b)	75 000	74 330	35 832
Initiative autochtone (note 4c)	15 000	15 000	-
Fonds de transition pour la santé des Autochtones (note 4d)	24 450	24 450	-
Projet Urgences – ANS (note 4e)	33 300	33 000	-
Projet 70 % d'infirmières à temps plein (note 4f)	50 000	50 000	-
Stratégie Vieillir chez soi	-	-	171 023
	857 205 889	910 137 660	869 694 102
Surplus de l'exercice avant le financement remboursable au Ministère	-	970	25 256
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	(970)	(25 256)
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin	-	-	-

Etat de la variation de la dette nette pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

	2009	2008
	\$	\$
Surplus de l'exercice	-	-
Acquisition d'immobilisations	(235 103)	(4 500)
Amortissement des immobilisations	54 605	58 447
	20	14 687
Variation des autres charges payées d'avance	327	
Augmentation de la dette nette	(160 171)	68 634
Dette au début	(158 542)	(227 176)
Dette nette à la fin	(318 713)	(158 542)

Etat des flux de trésorerie pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

	2009	2008
	\$	\$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	54 605	58 447
Amortissement des apports de capital reportés (note 6)	(54 605)	(58 447)
Variation des éléments hors trésorerie liés à l'exploitation		
(Augmentation) diminution des débiteurs	(1 750)	4 893
Diminution des charges payées d'avance	20 327	14 687
Augmentation des créditeurs et charges à payer	331 178	109 133
Diminution du montant à verser au Ministère	(438 410)	-
(Diminution) augmentation du montant à verser au Ministère – services de cybersanté	(31 529)	6 311
(Diminution) augmentation du montant à verser au Ministère – stratégie Vieillir chez soi	(6 052)	10 977
(Diminution) augmentation du montant à verser au Ministère – service des urgences	(7 298)	7 968
Augmentation du montant à verser au Ministère – projet Urgences - ANS	300	-
Augmentation (diminution) du montant à verser au Bureau des services partagés des RLIS	14 828	(51 372)
	(118 406)	102 597
Investissement		
Acquisition d'immobilisations	(235 103)	(4 500)
Financement		
Augmentation des apports de capital reportés (note 6)	235 103	4 500
(Diminution) augmentation nette de la trésorerie	(118 406)	102 597
Trésorerie au début	1 130 024	1 027 427
Trésorerie à la fin	1 011 618	1 130 024

Notes complémentaires

Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est a été constitué par lettres patentes le 9 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « Loi »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Avec prise d'effet le 1^{er} avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS dessert plus de 482 000 personnes et couvre les régions de Hastings, Prince Edward, Lennox et Addington, les comtés de Frontenac, Leeds et Grenville, les villes de Kingston, Belleville et Brockville, les municipalités de Smith Falls et Prescott et une partie des comtés de Lanark et Northumberland. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

1. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, tels qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations et les pertes de valeur comptable d'actifs.

2. Principales conventions comptables (suite)

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le RLISS est financé uniquement par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de responsabilité des RLISS (l'« entente de responsabilité ») conclue avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1^{er} avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie à titre de produits sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations corporelles. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimée en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées, tandis que les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

2. Principales conventions comptables (suite)

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties selon la méthode linéaire sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel de bureau	5 ans
Matériel informatique	3 ans
Améliorations locatives	Durée du bail
Développement Web	3 ans

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises et qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

2. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de responsabilité conclue avec le Ministère, le RLIS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

A. Le montant remboursable au Ministère se compose des éléments suivants :

			2009	2008
	Produits	Charges	Surplus	Surplus
	\$	\$	\$	\$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	905 077 193	905 077 193	-	-
Activités du RLIS	4 438 687	4 438 687	-	-
Services de cybersanté	425 000	425 000	-	6 311
Projet de service des urgences	75 000	74 330	670	7 968
Initiative autochtone (Aboriginal initiative)	15 000	15 000	-	-
Fonds de transition pour la santé des Autochtones	24 450	24 450	-	-
Projet Urgences - ANS	33 300	33 000	300	-
Projet 70 % d'infirmières à temps plein	50 000	50 000	-	-
	910 138 630	910 137 660	970	14 279
Stratégie Vieillir chez soi (se rapporte à l'exercice précédent)	-	-	4 925	10 977
	910 138 630	910 137 660	5 895	25 256

3. Financement remboursable au Ministère (suite)

B. Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2009	2008
	\$	\$
Montant à verser au Ministère au début	488 884	463 628
Montant du financement remboursé au cours de l'exercice visé	(488 884)	-
Montant du financement à rembourser au Ministère	5 895	25 256
Montant à verser au Ministère à la fin	5 895	488 884

3. a) Services de cybersanté

Au cours de l'exercice 2009, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 425 000 \$. Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir son plan stratégique de services de cybersanté, lequel est défini dans son plan de services de santé intégrés.

	\$
Charges	
Salaires et charges sociales	205 293
Services-conseils	187 581
Frais de déplacements	2 307
Frais liés aux réunions	896
Autres	28 923
	425 000

b) Projet de service des urgences

Au cours de l'exercice 2009, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 75 000 \$. Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir le projet lié au service des urgences en vertu du volet « priorités en matière de changement » du plan d'intégration des services de santé relativement à l'accès aux services médicaux spécialisés. Les fonds inutilisés, lesquels totalisaient 670 \$ à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

	\$
Charges	
Salaires et charges sociales	67 500
Services-conseils	3 298
Frais liés aux réunions	53
Autres	3 479
	74 330

4. (suite)

c) **Initiative autochtone (Aboriginal Initiative)**

Au cours de l'exercice 2009, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 15 000 \$. Ces fonds ont servi à financer la planification et la mobilisation auprès de la communauté autochtone en vertu du volet « priorités en matière de changement » du plan d'intégration des services de santé.

\$

Charges	
Autres	15 000
	<hr/> 15 000

d) **Initiative du Fonds de transition pour la santé des Autochtones**

Au cours de l'exercice 2009, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 24 450 \$. Ces fonds étaient fournis par le gouvernement fédéral aux provinces et ont servi à financer la mise en œuvre d'un projet approuvé dans le cadre de l'initiative du Fonds de transition pour la santé des Autochtones.

\$

Charges	
Autres	24 450
	<hr/> 24 450

e) **Projet Urgences – ANS**

Au cours de l'exercice 2009, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 33 300 \$. Ces fonds ont servi à financer le projet Urgences – ANS. Les fonds inutilisés, lesquels totalisaient 300 \$ à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

\$

Charges	
Salaires et charges sociales	29 486
Frais de déplacements	272
Autres	3 242
	<hr/> 33 000

4. (suite)

f) **Projet 70 % d'infirmières à temps plein**

Au cours de l'exercice 2009, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 50 000 \$. Ces fonds ont servi à financer la directive du Ministère sur les infirmières à temps plein dans les hôpitaux.

	\$
Charges	
Autres	50 000
	50 000

4. **Opérations entre apparentés**

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») est une division du RLISS de Toronto-Centre et est assujéti à ce titre aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR est responsable de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

5. **Apports de capital reportés**

	2009	2008
	\$	\$
Solde au début	112 047	165 994
Apports de capital au cours de l'exercice	235 103	4 500
Amortissement pour l'exercice	(54 605)	(58 447)
Solde à la fin	292 545	112 047

6. **Immobilisations**

			2009	2008
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	\$	\$	\$	\$
Matériel de bureau	273 788	36 448	237 340	22 506
Matériel informatique	65 220	58 257	6 963	10 634
Améliorations locatives	116 854	70 112	46 742	70 112
Développement Web	21 500	20 000	1 500	8 795
	477 362	184 817	292 545	112 047

7. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1^{er} avril 2008. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement approuve des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement total des fournisseurs de services de santé de 905 077 193 \$ se compose des éléments suivants :

	\$
Budget initial	852 794 483
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	52 282 710
Budget total	905 077 193

Le budget d'exploitation total de 4 619 185 \$ se compose des éléments suivants :

	\$
Budget initial	3 788 656
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	830 529
Budget total	4 619 185

8. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement total de 905 077 193 \$ aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2008 :

	2009	2008
	\$	\$
Gestion d'hôpitaux	605 347 505	584 042 592
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales		
– hôpitaux publics	188 475	188 475
Centres de soins de longue durée	138 338 261	129 672 808
Centres d'accès aux soins communautaires	89 228 091	84 537 862
Services de soutien communautaires	20 035 925	16 916 594
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	1 944 690	1 901 900
Centres de soins de santé communautaires	13 512 469	12 410 360
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	36 481 777	35 619 537
	905 077 193	865 290 128

9. Frais généraux et administratifs

Les charges présentées à l'état des activités financières sont classées par objet comme suit :

	2009	2008
	\$	\$
Éléments liés aux programmes		
Salaires et charges sociales	2 960 329	2 443 412
Consultation et projets relatifs au RLISS	226 555	261 817
	3 186 884	2 705 229
Services partagés	300 000	300 000
Autres (détails ci-dessous)	241 860	249 287
Charges locatives	163 071	177 020
Matériel et fournitures de bureau	188 053	160 509
Indemnités quotidiennes des membres du Conseil	149 042	130 767
Relations publiques	99 816	87 796
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	55 356	58 548
	4 384 082	3 869 156
Amortissement	54 605	58 447
Recouvrement de frais de déplacements	-	831
	4 438 687	3 928 434

Les autres frais généraux et administratifs inclus au poste « Autres » dans le tableau précédent se composent des éléments suivants :

	\$	\$
Formation et développement	57 811	67 098
Frais de déplacements	160 242	122 004
Recrutement	5 330	42 952
Assurances	16 281	16 182
Autres frais divers	2 196	1 051
	241 860	249 287

11. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 22 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a totalisé 232 948 \$ pour l'exercice 2009 (201 848 \$ en 2008) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières.

12. Garanties

Le RLISS est assujéti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

13. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les contrats seront très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour les deux prochains exercices s'établissent comme suit :

	\$
2010	87 553
2011	4 570
	<hr/> 92 123

Le RLISS n'a aucun engagement de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité.

14. Informations sectorielles

Le RLISS devait adopter le chapitre SP 2700, intitulé « Informations sectorielles » pour son exercice ouvert à compter du 1^{er} avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter des informations additionnelles.

Pour nous joindre

Tél. et téléc.

Tél. : 613-9670196

1-866-831-5446

Téléc. : 613-967-1341

Courriel :

southeast@lhins.on.ca

Site web :

www.southeastlhins.on.ca

Adresse :

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est
48, rue Dundas Ouest, Unité 2
Belleville, Ontario K8P 1A3

No ISSN : 1920-3764

Juin 2009



Ontario

Local Health Integration
Network